

แนวทางการให้ยาในภาวะ Delirium ในผู้ป่วยระดับประคอง

<p>Causes (DELIRIUM)</p> <p>Dehydration Dementia Deoxygenation</p> <p>Electrolyte imbalance</p> <p>Liver impairment</p> <p>Infection Illness Injury (Pain) Immobility</p> <p>Renal impairment</p> <p>Intracranial causes</p> <p>Urinary retention/constipation</p> <p>Medication Multiple drugs</p>	
<p>Non-pharmacological management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายสาเหตุ/สิ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย ชูติ ผู้ดูแลรับทราบ 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ สงบ เสียงรบกวนน้อย จัดนาฬิกาให้ผู้ป่วยดูเวลา 3. จัดหาแว่นตา เครื่องช่วยฟัง อุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยเคยใช้ให้แก่ผู้ป่วย 4. สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย 5. ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ช่วยกระตุ้นฟื้นฟูความจำให้ผู้ป่วย แนะนำให้ทราบสถานที่ วัน เวลาปัจจุบัน 6. ควรหลีกเลี่ยงการผูกมัดโดยไม่จำเป็น อาจทำในช่วงแรกที่ยังอันตรายแล้วรีบปลดออก 	
<p>Drug related</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opioids ▪ Corticosteroids ▪ Benzodiazepine or other sedatives ▪ Anticholinergic drugs or antimuscarinics that cross the blood/brain barrier 	<p>Reduce or stop suspected medication as appropriate or switch to suitable alternatives</p>
<p>Withdrawal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcohol, nicotine, benzodiazepines, opioids 	<p>May be appropriate to allow the patient to continue to use responsible agent. Nicotine patches may be useful</p>
<p>Metabolic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respiratory failure ▪ Liver failure, renal failure ▪ Hypoglycemia, hyperglycemia ▪ Hypercalcemia 	<p>Treat any reversible causes if possible</p>

<ul style="list-style-type: none"> ■ Adrenal, thyroid or pituitary dysfunction ■ Infection ■ Nutrition 	
Raised intracranial pressure	<p>Dexamethasone 8 -16 mg or 6.6 – 13.2 mg SC (using 3.3 mg/mL strength) for 1 week, and then reduce over 2-4 weeks to lowest dose which maintains benefit. (if treated with radiotherapy, steroids should be continued until 1 week post treatment, and then reduced as above)</p> <p>Consider trial of dose increase if symptoms recur</p>
<p>Other:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Circulatory (dehydration, shock, anemia) ■ Pain ■ Constipation ■ Urinary retention ■ Sleep ■ Environment 	Treat reversible causes appropriately if possible
Situation	Management
<p>หลักการ: 1. ยากลุ่ม antipsychotic อาจทำให้อัตราการเสียชีวิตและผลข้างเคียงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม จึงควรให้อย่างระมัดระวัง ไข้เมื่อจำเป็น เริ่มจากขนาดต่ำๆ ก่อน</p> <p>2. ทบทวนยาที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ หยุดยาให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น</p>	
Delirium where sedation undesirable	<p>-Haloperidol 0.5-1 mg PO at night or BID. This can be increased gradually if necessary – maximum 10 mg/24hr (extrapyramidal side effect at high dose)</p> <p>or 0.25-0.5 mg PO or SC pm q 1 hr ± regular dose</p> <p>-Consider a benzodiazepine if alcohol withdrawal is suspected</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lorazepam start 0.5 – 1 mg PO or SC 2. Midazolam 2 – 5 mg SC q 1 – 2 hr 3. Diazepam 5 mg PO หรือ rectal suppo q 8 – 12 hr
<p>Agitated delirium where sedation would be beneficial</p> <p>หากให้ยาในตารางแล้ว ผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น หรือคิดว่าใกล้เสียชีวิตมาก อาจพิจารณาทำ palliative sedation (Midazolam – first line drug)</p>	<p>-Quetiapine 12.5-25 mg PO pm q 6 hr (side effect: orthostatic hypotension)</p> <p>-Olanzapine 2.5 mg – 5 mg PO or SL (sublingual) OD or BID daily (less sedating than levomepromazine) (อย่างไรก็ตามเป็นยาที่กระตุ้น delirium ได้มากกว่ายาอื่น)</p>

(จากสถิติพบว่า refractory delirium เป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 3 อันดับแรกในการทำ palliative sedation)	<p>-Risperidone 0.25-1 mg PO every 12-24 hr. (max 4 mg/day) (side effect: extrapyramidal at doses > 6 mg/day, orthostatic hypotension)</p> <p>-Levemepromazine 12.5 – 25 mg po or SC q 6-8 hr. If ≥ 2 doses given in 24 hr, please consult specialist</p>
Acute disturbed, violent or aggressive; at risk to themselves or others	<p>-Haloperidol 1.5 – 5 mg SC or IM repeat as needed after 20-30 min</p> <p>-Haloperidol dose < 2 mg สามารถให้ทาง IV ได้ ความเสี่ยงในการเกิด arrhythmia ค่อนข้างต่ำ (หลีกเลี่ยงการให้ IV หากขนาดสูงกว่านี้ เพราะอาจทำให้เกิด Torsades de pointes ยกเว้นกรณีที่น่าเป็นจริงๆ ควรตรวจ EKG ก่อนและหลังให้ยา)</p>

Avoid antipsychotic drugs for people with conditions such as Parkinson’s disease or dementia with Lewy bodies

References:

1. Update Handbook for Palliative Care Guidelines NHS, U.K. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. Siriraj Palliative การดูแลระดับประคอง ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช
3. NICE Clinical Guideline CG103 (2010) Delirium: prevention, diagnosis and management <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
4. SIGN guidelines 157 - Risk reduction and management of delirium <https://www.sign.ac.uk/assets/sign157.pdf>
5. NSH, Scottish Palliative Care Guidelines. Delirium 2017
6. British Geriatrics Society 2013. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people.
7. Symptom management in palliative care workshop มิถุนายน 2568. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น